

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

49

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 novembre 1905, à 1 heure

Par ROGER HORTELOUP

Né à Paris, le 8 décembre 1876

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE

DES

OTHÉMATOMES

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. DE LAPPERSONNE, } professeurs.
 POIRIER, }
 SCHWARTZ, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Professeurs MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	SEGOND.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale...	RECLUS.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	DESGREZ.	POTOCKI.	LAUNOIS.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RÉNON.
BRINDEAU.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL. <i>Chef des</i>
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MAILLARD.	<i>travaux anatomiques</i>
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBÉ.	MÉRY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis en tête de cet ouvrage de remercier nos maîtres dans les hôpitaux de leurs leçons et de leurs exemples. Et avant tout nous voulons affirmer notre hommage de reconnaissance particulière à M. le Dr Talamon, chez qui nous avons passé notre dernière année d'internat. La haute valeur de son enseignement lui attache tous les esprits, sa grande bonté lui rallie tous les cœurs. C'est à lui que nous devons l'idée première de ce sujet de thèse. Nous tenons à lui affirmer ici notre respectueux dévouement.

M. le Dr Millard nous a appris les premiers éléments de la médecine, M. le professeur Tillaux ceux de la chirurgie.

Nous avons eu la chance de pouvoir faire notre première année d'externat chez M. le professeur Guyon, dans son remarquable service de Necker; la seconde, chez M. le Dr Chauffard, chez qui nous avons déjà antérieurement fait une année comme bénévole, années excellentes où nous avons largement profité de l'éminent enseignement du maître. Notre troisième année d'externat s'est achevée chez M. le Dr Letulle, où nous avons été merveilleusement à même d'étudier la tuberculose pulmonaire. M. le Dr Marion nous a appris en 4^e année la pratique chirurgicale courante. Nous le remercions de ses bonnes leçons. Chez M. le Dr Josias nous avons travaillé les maladies des enfants. Nous lui

exprimons notre reconnaissance de sa haute bienveillance.

Comme interne des hôpitaux, nous avons été élève de M. le D^r Thioloix que nous remercions de son affabilité à notre égard. Que M. le D^r Claisse veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse sympathie.

Nous tenons à envoyer un souvenir reconnaissant à ceux de nos maîtres plus jeunes auxquels nous sommes lié par des liens d'amitié ou d'affection : M. le D^r Cunéo, M. le D^r Dévé, M. le D^r Castaigne.

Pour la rédaction de ce travail nous avons été grandement aidé par M. le D^r Courtade dont la bibliographie savante nous fut d'un si grand secours, par M. le D^r Picqué, par MM. de Fourmestiaux, Vezard, Flourens, Claude, Roussel, par MM. les D^{rs} Fernand Landolt, Bour, Goyard.

A tous nous adressons nos sincères remerciements.

M. le professeur Guyon nous fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse. C'est là la dernière marque de la très grande bonté dont il a toujours voulu faire preuve à notre égard. Nous lui en exprimons notre vive reconnaissance, notre respectueuse gratitude.

DÉFINITION

Othématome signifie simplement hématome de l'oreille. Mais les hématomes de la partie profonde de l'oreille externe sont rares. Arslan a signalé la minime fréquence des tumeurs sanguines du conduit. Les phlyctènes hémorragiques de la grippe ou d'autres infections se rompent vite et se cicatrisent avant que l'on ne s'en soit aperçu. Il faut les rechercher pour les voir. Aussi a-t-on fini par préciser le mot othématome et localiser son application à cet hématome survenant au pavillon entre le tragus et l'hélix, sous l'influence d'un coup, ou sans cause apparente, et qui aboutit presque toujours à une déformation fibreuse permanente. La majorité des auteurs ont même tendance à nommer encore othématome cette déformation fibreuse qui reste comme témoin de l'hémorragie ancienne. Il est en effet commode de nommer ainsi non seulement l'hématome récent, mais tout ce qui en découlera par la suite jusqu'aux dernières déformations rétractées. Cette petite affection, intéressante par sa visibilité, parce qu'elle « saute aux yeux » ne l'est pas moins par ce fait qu'elle est encore assez mal connue. On en a précisé récemment l'anatomie pathologique, mais le chapitre étiologique n'est pas encore bien élucidé et nombre de points demeurent obscurs. Les avis diffèrent : nous avons cherché à les classer, et si nous n'arrivons pas à une conclusion définitive et sommes forcé de

laisser encore ouvert un chapitre des othématomes spontanés, la faute en est ici, comme bien souvent ailleurs en médecine, à la difficulté des enquêtes causales : Il faut écouter le malade, ajouter foi dans ses histoires, s'en rapporter à lui pour la précision et la véracité des faits ! Quoi qu'il en soit, nous nous sommes efforcé de mettre en relief ce qui dans les avis des auteurs nous a paru le plus vraisemblable et ce que quelques recherches personnelles nous ont appris sur le mode de formation des othématomes.

HISTORIQUE

Les othématomes étaient connus des anciens. Hippocrate, ce prédécesseur en parle déjà. D'ailleurs, dans une étude récente, Korner a bien mis en valeur ce fait que les notions d'otologie d'Hippocrate étaient assez étendues. De même qu'il connaissait les suppurations de l'oreille, il avait vu également les lésions du pavillon. Il les décrit dans un curieux chapitre sur les fractures et les plaies de tête. Et, en même temps que les lésions de la tempe, et les fractures de cette région qu'il étudie avec grand soin, il cite les lésions du pavillon de l'oreille. Il les avait vues surtout chez les athlètes d'où l'on peut conclure qu'elles devaient être fréquentes. D'ailleurs, une autre raison vient confirmer cette idée et, bien plus, vient faire supposer que l'othématome était une lésion honorable et décorative qui commandait le respect. En effet, les artistes antiques n'avaient pas été sans apercevoir cette lésion. C'est eux qui furent en quelque sorte les prédécesseurs des premiers savants de l'humanité, car ils savaient observer. Ils ne cherchaient pas, il est vrai, à en tirer des conclusions scientifiques, mais ils avaient au plus haut point ce don d'observation dont ils se servaient pour arriver à des effets artistiques. Et la preuve en est ici : les dieux et les héros de l'antiquité grecque ont souvent été figurés par les anciens avec des déformations caractéristiques du pavillon de l'oreille. C'est ainsi

que l'archéologue Winckelmann cité par Virchow, les attribue aux statues d'Hector, de Pollux, d'Hercule. Il y a au musée d'Athènes la tête du lutteur d'Olympie, morceau artistique très connu, qui présente des déformations des deux oreilles. La statue du pugiliste conservée au Vatican et qui est due au ciseau de Canova présente ce même stigmate. Le professeur Valentin (de-Berne) cite une tête en bronze du musée delle Terme à Rome comme en étant porteur. Enfin la magnifique tête du gladiateur Borghèse au Louvre, présente très nettement cette même lésion. Le D^r Castelain cite certaines phrases d'Aristote, de Platon, qui font allusion à l'othématome.

Nous avons recherché dans des collections d'estampes japonaises du ^{xvii}^e siècle celles qui représentaient des lutteurs. Nous en avons trouvé quelques-unes, mais sur aucune nous n'avons pu apercevoir l'othématome des athlètes. Ce fait s'explique d'ailleurs par les caractéristiques de l'art japonais : en effet, les artistes auteurs d'estampes n'ont pas du tout le souci de l'exactitude du détail. Ils recherchent la vérité de l'expression dans la ligne générale, dans le mouvement donné aux corps, dans les attitudes, dans le geste. Ils dessinent largement et ne s'attachent pas à la minutie du trait. Une autre de leurs préoccupations est la couleur. Il faut admirer le souci des valeurs : chaque détail de la couleur met en relief le point éclairé tout en affirmant l'harmonie et l'unité du tout. On conçoit que comprenant ainsi largement l'art de l'estampe, des artistes tels que Shunsho, tels que Toyo-Kouni, ne se soient pas attachés à nous donner la reproduction fidèle des moindres particularités, des moindres déformations du visage de leurs

sujets. D'ailleurs ceux-ci sont généralement petits. Le seul peut-être qui ait fait des têtes seules et non plus des sujets d'ensemble est Sharakou. Mais, ici, toujours l'expression prime le détail et sur aucune de ses têtes de lutteurs nous n'avons vu d'othématomes.

Dans les laques au contraire, l'art japonais ne néglige aucune minutie et nous ne serions pas étonné qu'on pût trouver dans des scènes de luttes des reproductions des personnages présentant des déformations du pavillon. Mais nous n'avons malheureusement pas pu découvrir au cours de nos recherches, des laques présentant des scènes athlétiques ; nous l'avons regretté d'autant plus que nous avons la conviction qu'ici on doit trouver la confirmation de l'existence de l'othématome dans les derniers siècles au Japon. Si cette déformation y était connue et fréquente, nul doute qu'elle figure dans les représentations artistiques minutieusement exactes que sont les laques. Si on ne les y retrouve pas, c'est qu'alors bien vraisemblablement la lésion n'existait pas dans la réalité. Il est à croire qu'elle existait alors comme elle existe maintenant : le lutteur japonais que Virchow a pu examiner et qui avait un othématome lui a affirmé que cette déformation était très fréquente chez ses confrères. Et, tout récemment, M. Yasuraburo-Sakaki a confirmé de tous points l'observation de Virchow, et aussi ce fait que les professionnels japonais se montrent très fiers de leurs lésions de l'oreille externe. Il est d'ailleurs à remarquer que l'on retrouve assez fréquemment dans le cours de l'histoire, des déformations, des défigurations considérées comme honorables parce qu'elles sont survenues durant des luttes, des combats. Elles sont le stigmate remarquable du courage.

Il ne semble pas que Galien fasse mention des déformations caractéristiques de l'othématome. Il faut arriver à une époque toute récente pour voir étudier à nouveau cette déformation pourtant si frappante. C'est Bird et Ferrus qui, en 1833, eurent les premiers l'honneur de voir et de décrire l'othématome. C'est dans les établissements d'aliénés qu'ils avaient observé l'affection et ils croyaient avoir découvert là un signe nouveau de la paralysie générale. Ils n'avaient pas fait le rapprochement entre l'othématome des aliénés et celui des sujets sains, des lutteurs et des athlètes, qui seul avait frappé les anciens observateurs. C'est Gudden qui a serré la question de plus près et émis l'opinion qu'il s'agissait là non d'un signe mystérieux et spécial de l'aliénation mentale, mais de déformations dues à des violences auxquelles sont, plus souvent que les sujets sains, soumis les aliénés. Et pour sa part, Gudden pensait que les violences des infirmiers devaient être particulièrement incriminées. Ainsi donc, en laissant de côté les observations faites par les anciens médecins et artistes, c'est à Bird qu'il faut attribuer la paternité de l'étude de l'othématome. Weiss lui donna le nom qu'il porte aujourd'hui.

Et désormais les observations vont se multiplier. C'est Alt qui en 1849 en fait le sujet d'une dissertation inaugurale. Ce sont dans les *Annales médico-psychologiques* des articles parus entre 1845 et 1852 signés Thore, Lunier, Renaudin, Verga (de Milan). C'est enfin la thèse de Bastien parue en 1858 et qui contient un exposé déjà complet de la question. Malgré tous les travaux qui vont paraître ensuite sur ce sujet, et la liste en est longue, l'othématome ne prend

que très tardivement place dans les traités et les manuels et même encore aujourd'hui, on cherche en vain ce chapitre dans bien des recueils. Dans ces dernières années, on a surtout continué à être frappé par l'existence fréquente des othématomes chez les aliénés, au cours de la paralysie générale, et on a un peu laissé de côté son étude chez les sujets sains, vigoureux, chez les athlètes, les lutteurs, les boxeurs qui ne présentent aucune tare diathésique, et chez qui précisément, la fréquence de l'othématome éclaire d'un singulier jour la pathogénie de cette affection, si discutée chez les aliénés. On ne faisait que citer d'un mot l'existence de l'othématome chez les lutteurs. Seul le travail de Virchow existait sur ce sujet. L'étude plus complète de M. Yasuraburo-Sakaki que nous avons citée plus haut, la thèse de Clérambault, et surtout une étude récente du professeur Valentin (de Berne) nous montrent sous un jour plus net la fréquence de cette lésion de nos jours chez les athlètes et les forains. Nous en étudierons le mécanisme en détail.

Telles sont donc dans leurs grandes lignes les principales étapes de l'histoire de l'othématome. Nous étudierons les travaux récents en discutant au fur et à mesure les opinions émises. On voit que si cette lésion commence à être bien étudiée dans son ensemble au point de vue de l'observation de la symptomatologie et de la marche, on n'est pas encore nettement fixé sur le mécanisme intime de sa formation et de sa pathogénie. Tandis que certains en font encore une lésion un peu spéciale et qui fait de suite penser à une affection cérébrale et mentale, thèse soutenue expérimentalement par Brown-Séquard, d'autres ont une tendance à ne lui attribuer que la valeur d'un hématome banal survenu à la suite

d'un traumatisme quelconque. Il n'emprunterait alors ses caractères spéciaux et son aspect caractéristique, son évolution déformante qu'à l'anatomie de la région, aux rapports spéciaux que présentent en cette région la peau, le tissu cellulaire, le cartilage et les vaisseaux. Quelle valeur donner à ces différentes opinions ? Que faut-il penser de l'othématome spontané tant chez les sujets sains que chez les aliénés ? L'othématome est-il toujours traumatique ? Pour travailler ces différentes questions, il faut surtout se reporter à une étude attentive de l'étiologie des différents cas et tâcher de débrouiller les points essentiels dans l'histoire des malades.

SYMPTOMES

Disons d'abord en quelques mots de quelle façon se comporte un othématome et comment il évolue. On voit venir un malade se plaignant généralement un peu de son oreille sur laquelle il a reçu un choc violent. L'oreille est grosse dans son ensemble, gonflée, surtout à la partie supérieure, le gonflement remplissant toute la fossette triangulaire ; la couleur est rougeâtre, parfois très rouge, mais d'un rouge comme transparent, dans d'autres cas, violacée, bleuâtre ; la peau est luisante, chaude et douloureuse. Spontanément les malades ne ressentent rien ou presque rien, mais la palpation leur fait mal. Un fait curieux est que la tumeur augmente parfois dans les jours qui suivent son apparition, ce qui tient simplement à ce fait que le malade continue à vaquer à ses occupations et que dans celles-ci se range souvent la cause de l'affection. Si on la palpe, elle paraît fluctuante ; c'est généralement assez net au centre de la petite tumeur. Quelquefois on sent un peu de crépitation sur les parties périphériques, là où la tuméfaction s'abaisse pour disparaître.

Si l'on ouvre la tumeur on trouve à l'intérieur une sérosité visqueuse, inodore, sanguinolente. Quelquefois, il n'y a que du sang noir et coagulé.

Abandonnée à elle-même, elle ne suppure pour ainsi dire jamais. Exceptionnellement on a pu observer une ouverture

spontanée après ou sans suppuration ; généralement le sang épanché se résorbe, mais des rétractions fibreuses vont s'ensuivre, amenant le ratatinement du pavillon, sa déformation en tous sens et de toutes variétés, de telle sorte que l'oreille peut arriver à être méconnaissable. Il peut même survenir l'atrésie de l'orifice externe du conduit auditif.

Dans d'autres cas, la façon dont se présente le malade est tout autre : il s'agit d'un aliéné chez qui apparaît un jour une tuméfaction du pavillon. Celle-ci augmente les jours suivants, ne paraît pas très douloureuse, et est généralement moins rouge que dans le cas précédent. Il s'agit d'un de ces othématomes des P. G., des aliénés, chez qui l'on discute encore au sujet de leur origine. Leur évolution est la même que dans le cas précédent, et des rétractions viennent encore ici déformer l'oreille.

SIÈGE DE L'OTHÉMATOME

On a beaucoup discuté cette question et l'on se trouve en présence de théories contradictoires.

Pour Mabile, il y aurait une différence notable entre l'hématome simple et l'ecchymose. L'ecchymose serait produite par la rupture des capillaires au sein du tissu cellulaire sous-cutané, l'hématome serait dû à la rupture d'une artériole ; l'hémorrhagie se fait ici lentement et progressivement. Mabile conclut que ce n'est pas au niveau des capillaires que se fait la rupture vasculaire, mais dans les ramifications artérielles de la temporale superficielle ou de l'auriculaire postérieure.

Mais Mabile tranche ici la question de savoir où se fait l'épanchement et il admet *à priori* qu'il se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui est précisément à démontrer. Malgré tout, on comprend mal dans ce cas l'absence d'ecchymose et surtout l'absence de douleur spontanée qui survient dans le cas des infiltrations dans un tissu cellulaire dense et finement cloisonné. Autre chose : le Dr Picqué a appelé l'attention sur ce fait que le bistouri doit, quinze jours après l'apparition de l'othématome, traverser une couche épaisse de cartilage pour atteindre le contenu de la tumeur. Or il n'est guère vraisemblable qu'il se soit fait au pourtour de l'épanchement dans le tissu cellulaire une paroi cartilagineuse de nouvelle formation.

Foville admet que l'épanchement se fait dans une poche subitement formée entre le périchondre et le cartilage. C'est sur une autopsie faite par M. Cossy que Foville a pu nettement constater ce fait. Il y avait sur une coupe un caillot fibreux rougeâtre compris entre deux couches de cartilage. La thèse de Claverie reproduit ce fait *in extenso*. Le décollement du périchondre serait dans ce cas, comparable, d'après Virchow, au décollement du périoste crânien qui produit le céphalématome. Il y aurait dans les deux cas un espace virtuel dont s'empare brusquement l'épanchement.

Cette théorie explique bien l'absence presque constante de l'ecchymose, l'existence d'une lame cartilagineuse entre la peau et l'épanchement, et la non-résorption de l'épanchement.

Virchow pense, avec Foville, que c'est bien au décollement du périchondre qu'est dû l'hématome, mais il complète ces données en indiquant qu'il y a des altérations antérieures du cartilage qui en diminuent la résistance et facilitent ce décollement. Nous insisterons au chapitre étiologique sur ces lésions préalables facilitant l'othématome.

Pour Robertson, il y aurait déjà antérieurement du cartilage néoformé dont les vaisseaux à parois embryonnaires se rompent particulièrement facilement.

Quant aux artères qui peuvent être atteintes, voyons-les ? Le cartilage du pavillon est percé d'orifices traversant toute son épaisseur et où pénètrent de petites artères. Celles-ci, issues des auriculaires postérieures traversent de dedans en dehors la lame cartilagineuse et viennent irriguer cette partie de la face antérieure qui a été respectée par les auriculaires antérieures. Ces branches perforantes sont

nombreuses, mais très inégales en volume. Les trois principales débouchent à la face externe du pavillon sur les trois points suivants :

- 1^o L'inférieure entre l'anti-tragus et la queue de l'hélix ;
- 2^o La moyenne dans la partie supérieure de la conque, immédiatement au-dessus de la racine de l'hélix ;
- 3^o La supérieure dans la fossette naviculaire de l'anthélix (Testut, *Anatomie*).

S'il se forme une cavité au voisinage d'une de ces artères, il arrivera que l'enveloppe cartilagineuse de celle-ci ira en s'amincissant ou disparaîtra complètement et l'artère traversera sur une certaine longueur un espace vide. L'artère reste béante après section, l'hémorrhagie continue, la cavité s'augmente jusqu'à ce qu'il survienne une zone de cartilage sain qui mette une limite à l'épanchement.

Remarquons également que les trois points indiqués comme spéciaux à l'émergence des artères perforantes coïncident précisément avec les localisations les plus fréquentes des othématomes.

On ne peut donc encore affirmer le point précis où se fait l'othématome puisque les auteurs ne sont pas d'accord. Et ce sujet appelle de nouvelles recherches. Mais il y a beaucoup de vraisemblance pour que la théorie de Virchow, peut-être complétée de l'observation de Robertson, se rapproche beaucoup de la réalité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un othématome ne disparaît pas sans laisser de traces. Il y a eu quelques observations très rares ayant évolué en ce sens. D'ordinaire la partie liquide se résorbe et les éléments du caillot se déposent. L'épaisseur de l'oreille, que l'on note cliniquement, est due à la prolifération du cartilage.

M. Macé a fait l'examen histologique d'une pièce enlevée par le Dr Picqué, il en donne ainsi le compte rendu :

« 1° A la face profonde d'une couche épidermique on rencontre un feutrage formé de fibres conjonctives et élastiques sinueuses non agglomérées, et semées de ci, de là de cellules allongées à noyaux ovalaires ;

« 2° Plus profondément on trouve une couche de cartilage hyalin. Les chondroblastes sont très nets, et colorés en rose par l'éosine. Les cellules cartilagineuses sont le plus souvent au nombre de une dans chaque chondroblaste. Quelques-uns de ceux-ci cependant contiennent deux cellules à petits noyaux irrégulièrement arrondis ;

« 3° En dedans de cette couche cartilagineuse, on rencontre une couche assez épaisse de tissu mal coloré par l'éosine, ne présentant aucune structure fibrillaire. L'ensemble de cette portion de la coupe est colorée en jaune clair, tandis que les portions nettement fibreuses et conjonctives ont une couleur rosée très nette due à l'éosine. Au milieu de cette

masse mal colorée et amorphe, on rencontre de nombreuses cellules petites et allongées, à noyaux très volumineux, et sans protoplasma ou avec très peu de protoplasma ;

« 4° Cette masse est limitée profondément par une couche de cartilage dont les caractères sont analogues à ceux que nous venons de décrire dans la couche externe.

« 5° Cette seconde couche cartilagineuse est doublée d'une seule couche plus conjonctive dont les éléments sont dissociés, mais bien colorés ;

« 6° Plus en dedans on note une couche conjonctive lâche avec des vaisseaux épaissis et des portions mal colorées en rose clair ;

« 7° Au milieu de cette dernière portion de la coupe, il existe des masses arrondies de cellules, ressemblant à des amas de cellules épithéliales pavimenteuses plus qu'à des cellules cartilagineuses, notons cependant que leurs noyaux se détachent très mal des fonds du protoplasma. »

Une chose est ici particulièrement remarquable, c'est que l'on rencontre du cartilage hyalin, alors que le cartilage de l'oreille est du fibro-cartilage réticulé. Il y a donc eu régression dans l'évolution du processus du cartilage, celui-ci passant du cartilage réticulé à une forme plus embryonnaire. L'examen de l'autre oreille montre la formation de tissu osseux.

« Il nous faut déclarer qu'il existe au milieu du morceau, de l'os adulte constitué, avec tous ses caractères ordinaires. »

D'autre part, il a trouvé des trainées osseuses éparses dans un champ conjonctivo-fibreux.

Il peut donc y avoir, suivant les points, évolution vers un stade plus simple, ou vers un stade plus complexe.

Nous avons tenu à reproduire en entier cet examen parce qu'il nous a paru que c'était là le travail histologique le plus intéressant et le plus complet qui avait été fait sur un othématome. On y voit très nettement que l'on retrouve les traces de l'épanchement, contenant des cellules prouvant une trace d'organisation. Cet épanchement est contenu entre deux couches de cartilage, elles-mêmes en connexion avec des couches conjonctives lâches.

La couche désignée au paragraphe 5 est évidemment le périchondre. Mais au paragraphe premier on ne retrouve pas nettement une disposition pouvant s'appliquer à une couche périchondrale. De toutes façons, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il faut rejeter ici la théorie de Feltz et Mabilie d'après laquelle l'épanchement se serait produit dans le tissu cellulaire sous-cutané.

ÉTIOLOGIE

Après avoir ainsi défini ce qu'est l'othématome et avoir rapidement montré comment il se comporte dans la clinique et ce qu'il constitue anatomiquement, il nous faut passer au chapitre le plus embrouillé, le plus difficile à élucider. En effet, ici, comme chaque fois qu'il s'agit de rechercher la cause d'une maladie, on est obligé de s'en fier aux récits du malade et de son entourage. Que de causes d'erreur ! Sa mémoire le trompe ; et combien souvent, même si elle le sert bien, a-t-il intérêt à ne pas se souvenir des faits passés ? C'est surtout lorsqu'il s'agit de traumatismes qu'il devient difficile de découvrir la vérité, l'entourage du malade et souvent aussi lui-même ayant intérêt à dissimuler. Bien plus ! un des chapitres capitaux de l'étiologie de cette affection doit être recherché chez les aliénés ! Quelle foi peut-on faire dans les récits, nous ne disons pas des paralytiques généraux eux-mêmes, mais des parents qui les entourent, des infirmiers qui les gardent. Aussi la véritable cause de l'othématome, le mécanisme vrai de sa formation reste-t-il encore entouré de mystère. On peut néanmoins en éclaircir certains points et le travail des auteurs sur ce sujet n'a pas été sans apporter des données intéressantes.

Les oreilles sont certainement un des points les plus vulnérables du corps : leur position détachée de la tête, leur

attache en un seul point sur la partie latérale de la face, but principal des coups de poing et des gifles en font un objet facilement atteint et lésé au cours des rixes. Et pourtant l'othématome est une affection rare.

Sakaki fait jouer un très grand rôle à la disposition particulière de l'oreille chez les différents sujets. Il ne fait d'ailleurs que répéter l'avis des lutteurs qu'il a examinés quand il exprime l'opinion que ceux qui ont une oreille assez molle et assez élastique pour fuir les froissements y sont moins sujets que ceux qui présentent une oreille dure, attachée par des ligaments solides et peu souples, peu élastiques. Peut-être cet élément entre-t-il, en effet en ligne de compte, mais il nous semble bien, comme à Steinbrügge, que des lésions antérieures doivent sur ces sujets — peut-être prédisposés par la nature de leur tissu musculaire et ligamenteux — avoir préparé l'organe à réagir comme il le fait ici dans certaines circonstances seulement.

Ces causes locales prédisposant à la lésion sont, elles aussi, très difficiles à connaître. En effet, il n'a pas été fait d'étude systématique du cartilage de l'oreille chez tous les sujets morts d'une maladie quelconque. Et quand même on trouverait chez eux des lésions du cartilage, rien ne saurait prouver que ces lésions aboutiront plus tard à un othématome. De même lorsque l'othématome est constitué, il est tout d'abord très rare que le malade meure des coups reçus et que l'on ait l'occasion d'analyser anatomiquement une oreille ayant fait tout récemment un othématome, et si celui-ci est ancien l'examen anatomique n'apprend plus rien sur les lésions prédisposant à la réaction sous forme d'hématome du pavillon de l'oreille. On est donc réduit à

des hypothèses plus ou moins vraisemblables. C'est ainsi qu'il est bien probable que les froissements répétés provoquent un état d'altération du cartilage. M. Courtade a publié en 1900 un cas remarquable d'othématome survenu chez un acrobate dont le rôle consistait à en recevoir un autre sur ses épaules et qui devait retomber debout après avoir fait un saut périlleux. Un beau jour l'athlète support a vu se développer deux othématomes, un à chaque oreille, à la suite d'une friction énergique provoquée par les pieds de l'acrobate supporté qui en retombant avaient frotté fortement les oreilles de son camarade. Il est bien vraisemblable ici que le malade devait avoir déjà antérieurement subi nombre de frictions de cet ordre qui n'avaient pas été peut-être assez violentes pour causer un othématome, mais avaient dû néanmoins provoquer de petites lésions préparant les voies.

De quelles lésions premières s'agit-il ici ? On pense généralement qu'il doit y avoir un ramollissement du cartilage de l'oreille, une dégénérescence des cellules créant de petites cavités à contenu clair. Virchow s'est fait le partisan de cette théorie. Pour lui, il y a affaiblissement dans la cohésion du cartilage. Les éléments de la substance cartilagineuse sont devenus si peu adhérents entre eux qu'ils le sont moins encore que le cartilage et le périchondre l'un à l'autre, de sorte que le périchondre en se détachant emporte des fragments du cartilage, et l'on pourrait retrouver l'empreinte de ces fragments visibles en des points correspondant aux places qu'ils occupaient auparavant dans le cartilage.

« Ces points de ramollissement, dit Virchow, sont re-

connaissables déjà à de faibles grossissements, ils siègent parallèlement à la surface mais au-dessous d'elle, comme il n'est pas rare *d'en rencontrer dans les cartilages costaux* où la substance fondamentale hyaline se fond, les cellules se désagrègent et il en résulte une fente remplie d'un liquide visqueux. Il est évident que des lésions semblables doivent prédisposer à un haut degré à des discissions ultérieures, et lorsque, dans des circonstances particulières, un travail de ramollissement de ce genre est provoqué dans les cartilages par des troubles généraux de nutrition ou par des actions locales antérieures, ce ramollissement peut devenir une cause prédisposante pour les ruptures ultérieures.

« Car les fragments du cartilage qui attiennent au péri-chondre *ne sont pas de formation nouvelle, ce sont des fragments arrachés*. Le cartilage se rompt de telle sorte que là où se trouvent les fissures dont il a été question, des fragments de cartilage sont arrachés avec la portion interne du péri-chondre. D'autres fois, le cartilage peut aussi bien se rompre par le milieu » (Virchow, t. II, p. 135).

D'après Gudden et Meyer, Rohmer écrit que dans l'intérieur de ces cartilages, on a trouvé des cavités les criblant véritablement et qu'en d'autres points se voyaient de nombreuses crevasses. Dans les cavités se trouvait un liquide muqueux qu'il nomme plasma. « D'après Meyer, cette chondromalacie serait de règle après la cinquantaine et peut même survenir plus tôt, principalement chez des sujets atteints de déchéance organique : or n'est-ce pas souvent le cas chez les aliénés ? » (Gross, Rohmer et Vautrin, *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales*, chez Baillière, 1893). C'est aussi à cette théorie que se rallie Politzer.

Peut-on déceler cliniquement ces lésions anatomiques préparatoires de l'othématome ?

Il semble que oui. En effet, le pavillon de l'oreille ne réagit pas aux irritations fréquentes et répétées de la même façon que le font les autres parties du corps. Les cors, les durillons traduisent aux doigts cette action mécanique répétée sur les tissus ; des bourses séreuses se forment aussi parfois comme mode de réaction, et on en voit des exemples se marquer dans le tissu cellulaire sous-cutané du coude et des genoux par exemple. Mais à l'oreille les choses se passent autrement, la peau ne change pas d'aspect comme aux doigts, il y a augmentation dans l'épaisseur générale de l'organe tandis que la peau reste adhérente aux parties profondes, M. de Clérambault en cite un exemple remarquable : « La malade Sch..., maniaque chronique, camisolée et maintenue au lit pendant des mois, frottait sa tête de droite et de gauche sur l'oreille avec tant de force que sur les deux côtés de la tête les cheveux ont été rasés par l'usure : ses deux oreilles étaient alors soumises à un frottement ininterrompu ; or, il ne s'est formé de callosités sur le pavillon, pas même dans les points en saillie ; la peau offre au toucher les mêmes caractères que chez des personnes saines ; seulement l'oreille dans sa totalité est considérablement épaissie, et elle a perdu à la fois sa souplesse et sa transparence. »

On voit donc que l'oreille paraît présenter des causes prédisposantes locales, constatées anatomiquement par les auteurs et aussi cliniquement. Mais la liaison manque ainsi que nous le disions plus haut, entre ces observations faites sur le malade et les examens anatomiques.

La preuve absolue que ces épaissements du pavillon correspondent bien à cette chondromalacie observée par Meyer, et presque de règle après la cinquantaine, la preuve absolue, disons-nous, de la relation intime de ces deux phénomènes reste encore à faire.

Mais il ne faut pas se borner à examiner l'oreille des othéromateux. Il faut prendre chez eux une observation complète et l'on se rend alors compte que ce sont parfois des sujets présentant des lésions organiques profondes, des diathèses véritables, ou des affections générales commandant une friabilité spéciale des vaisseaux.

Et tout d'abord et au premier plan se place la grosse question des rapports de l'othématome avec l'aliénation mentale. Tant de fois discutée, jamais résolue, elle reste encore pendante. C'est en 1868, dans une séance de la Société de Biologie (17 octobre), que se sont posés peut-être le plus nettement les arguments en faveur d'une et d'autre théorie. Certains aliénistes en faisaient, en font encore, un symptôme de la paralysie générale, de la démence, sans d'ailleurs serrer de très près la question, mais sans vouloir faire jouer un rôle important au traumatisme, en le niant même d'une façon absolue. D'autres aliénistes ne veulent voir que le traumatisme auquel les malades spéciaux qu'ils soignent sont particulièrement sujets, du fait de leur agitation et des chocs qu'ils se donnent eux-mêmes, plussouvent encore du fait de la brutalité de leurs gardiens, sûrs de l'impunité. C'est ici encore qu'il faut insister comme nous le disions plus haut, sur les difficultés de l'enquête étiologique. C'est ainsi que nous avons vu récemment à Ste-Anne une dame V..., âgée de 39 ans, couturière, chez qui un othé-

matome était survenu récemment dans le service. L'état de démence de la malade empêchait absolument de l'interroger sur l'origine de sa lésion auriculaire. Le personnel de l'entourage affirmait avoir remarqué un jour « cette petite boule » à l'oreille gauche de la malade. Mais il nous fut impossible de retrouver si un traumatisme antérieur en avait été cause. La malade, douce et nullement agitée, était occupée à de petits travaux d'intérieur et il n'y avait pas pour elle d'occasion de luttes et de violences soit avec ses compagnes, soit avec les infirmières. Personne, dans le personnel n'avait remarqué que son oreille eût été rouge et gonflée un jour, comme si un traumatisme avait occasionné cela.

Il semblerait donc qu'il se soit agi d'un cas d'othématome survenu spontanément chez un aliéné. Mais comment conclure ? et comment pouvoir affirmer un pareil fait ?

Un argument intéressant vient de ce fait que l'othématome se développe de préférence dans certaines formes d'aliénation mentale, et ce, beaucoup plus fréquemment que dans d'autres variétés. Les statistiques du Dr Kuhn et du Dr Mabilie sont particulièrement instructives à ce sujet. On y voit que la paralysie générale vient en première ligne très nettement avec 17 cas sur 62 chez le Dr Kühn, avec 10 cas sur 23 chez le Dr Mabilie. Puis vient en seconde ligne la mélancolie, la démence, avec réaction maniaque (Kühn) et la manie, puis plus rarement l'épilepsie, la démence simple, l'idiotie. Mais ce qui frappe surtout, c'est le nombre des hommes atteints d'othématome qui est plus grand que celui des femmes, 19 cas sur 22 chez Mabilie, 47 sur 62 chez Kühn. A quoi est dû ce fait ? Il semble bien ici que ce soit dû surtout, non pas aux causes prédisposantes générales,

mais bien aux causes occasionnelles moins fréquentes chez la femme : les cheveux forment une couche protectrice des oreilles, il y a parfois un bonnet qui les abrite, les infirmières sont moins brutales que les infirmiers. Il faut néanmoins regretter que les auteurs ne nous aient donné que des chiffres absolus et aucun pourcentage présentant le rapport entre le nombre des cas de maladie et le nombre des cas d'othématome au cours de ces maladies, ce qui eût peut-être fait varier les moyennes.

On voit donc que parmi les formes d'aliénation mentale, ce sont celles où les phénomènes trophiques sont les plus marqués et les plus constants, voire les plus graves, qui fournissent le nombre d'othématomes le plus élevé. Les paralytiques généraux viennent en tête, alors que les épileptiques paraissent de par leurs crises convulsives, et durant leurs] épisodes de manie, devoir être beaucoup plus exposés à des chocs contre les objets, à des coups de l'entourage. Mais on sait que la paralysie générale présente plus de troubles trophiques, plus de troubles dus à des lésions des centres vaso-moteurs que l'épilepsie. C'est ainsi que des eschares peuvent survenir. Le zona, le vitiligo, l'aspect ichthyosique de la peau, le mal perforant, la chute ou la décoloration des cheveux, les altérations des ongles, des dents, les fractures spontanées, les lipomes symétriques ont été signalés. Mais ce qui est plus remarquable encore ce sont les troubles de la circulation périphérique « si apparents à la face, qui est vultueuse, parfois plus congestionnée d'un côté avec rétrécissement des pupilles (paralysie vaso-motrice) et aux extrémités qui, dans certains cas, sont refroidies, cyanosées (asphyxie locale).

Krafft-Ebing attribue un rôle important aux troubles de l'innervation vaso-motrice dans la pathogénie et l'évolution clinique de la maladie. Le sphygmographe mettrait en évidence une paralysie vaso-motrice progressive souvent unilatérale, analogue à celle obtenue par la section du sympathique. Les paralysies vaso-motrices du sympathique cervical seraient par les oscillations de pression qu'elles déterminent, la cause provocatrice des ictus apoplectiformes et des bouffées d'agitation maniaque » (Raymond et Sérieux). Donc les troubles nombreux et importants, tant trophiques que vaso-moteurs au cours de la paralysie générale, sont à rapprocher de la plus grande fréquence de l'othématome chez cette classe de sujets.

Dans l'épilepsie, d'après Dumesnil, les traumatismes fréquents qui frappent l'oreille n'aboutiraient pas à l'othématome comme dans la paralysie générale, mais détermineraient des égratignures et des ecchymoses, tandis que chez les paralytiques généraux, quand survient l'othématome, on ne constate pas d'ecchymoses, ce qui tendrait à prouver avec quelle facilité les traumatismes même très légers déterminent cette lésion chez les paralytiques généraux.

Les mélancoliques ont, d'après les aliénistes, assez souvent des othématomes, ce qui contraste avec la forme de leur affection mentale qui ne paraît pas prédisposer aux traumatismes. Chez les maniaques, au contraire, il y a souvent des traumatismes et même des traumatismes graves, pourtant ils ne viennent déjà qu'assez loin dans la classification, par ordre de fréquence, des aliénés porteurs d'othématome. Aussi Mabillet fait-il de la tendance cachectique un facteur important dans l'apparition de l'othématome au cours de l'alié-

nation. Et pour lui, c'est à ce fait que l'on doit la fréquence moins grande de l'othématome chez les mélancoliques et maniaques qui présentent pendant longtemps un bon état de santé générale, tandis que les paralytiques généraux avancent plus rapidement dans la voie cachectique. Ajoutons que Marcé, Dumesnil, Dumontpallier, Foville et Dagonet considèrent l'apparition de l'othématome chez les aliénés comme le *cachet des formes graves* précédant de peu la cachexie.

Mais pour expliquer comment l'oreille gauche est plus souvent porteur de la lésion que la droite, les auteurs sont obligés, quelle que soit leur tendance à en revenir à la cause occasionnelle, à incriminer le traumatisme.

En résumé, pour mettre en cause l'aliénation mentale seule sans faire jouer un rôle important ou même mince au traumatisme, les auteurs se basent presque unanimement sur la fréquence plus grande de l'othématome dans certaines formes d'aliénation mentale, où les troubles trophiques et vaso-moteurs sont plus marqués, telle la paralysie générale. Mais les statistiques sont incomplètes, et les cliniciens se basent plutôt sur leurs souvenirs et leurs impressions que sur des faits précis et dûment établis. Et, en tout cas, pour expliquer la fréquence plus marquée de l'othématome chez l'homme et à l'oreille gauche, ils sont forcés d'en venir à composition avec le traumatisme.

Mais voici des faits plus graves et des travaux expérimentaux serrés de près qui semblent venir renforcer la théorie trophique de l'othématome : « Brown-Séquard, dans une communication faite à l'Académie de médecine le 16 mars 1869, a remarqué que sur deux cobayes porteurs de

lésions des corps restiformes, on vit se développer des hémorragies dans la peau du pavillon de l'oreille, et je tiens du même auteur que dans toutes ses expériences il a constamment obtenu le même résultat. Dans certains cas la lésion des corps restiformes aurait déterminé la gangrène de l'oreille » (Quénu, *Traité de Chirurgie*, t. III, p. 598). Et le Dr Rossa a répété ces expériences et a obtenu les mêmes résultats. D'autre part, « Mathias Duval, Laborde et Gellé ont constaté après la section de la partie inférieure du plancher du 4^e ventricule l'apparition de troubles circulatoires et la production d'hémorragies non seulement dans le pavillon mais encore dans l'oreille moyenne et le labyrinthe. A ces lésions hémorragiques succédaient plus tard et très rapidement la suppuration et la destruction » (Quénu, *ibid.*).

Il faut rapprocher de ces phénomènes un cas décrit récemment par Zeissler. Il s'agit d'un malade qui présentait un othématome persistant et récidivant malgré tous les traitements. Zeissler le soigna en fin de compte par l'iodure de potassium parce que c'était un ancien syphilitique, et il vit l'othématome disparaître rapidement. Il se demande s'il n'y avait pas une lésion gommeuse cérébrale siégeant dans la région signalée par Brown-Séquard, et tenant sous sa dépendance l'othématome du pavillon de l'oreille. Mais son observation n'empêche pas la conviction à la lecture et on voudrait voir serrer par l'auteur la question de plus près.

Nous savons aussi que la vascularisation de l'oreille se lie à la vascularisation cérébrale et que dans l'émotion il y a participation de la vascularisation de l'oreille aux variations de celle du cerveau. Enfin, il y a parfois en coïnci-

dence avec l'othématome une hémorrhagie cérébrale ou méningée.

On a signalé l'athérome des vaisseaux cérébraux en coexistence avec un othématome ; c'est là un fait banal qui peut n'être que coïncidence. De même on a accusé de lésion les nerfs trophiques, indépendamment des vasomoteurs dont ils sont jusqu'à un certain point indépendants. Mais ce sont là des hypothèses. Il reste les faits précis de Brown-Séquard, de Mathias Duval, de Laborde. Ces derniers ont obtenu des hémorrhagies dans toute l'oreille aboutissant à la suppuration. C'est très remarquable, mais pas absolument concluant, car ils n'ont pu obtenir l'hématome du pavillon seul, avec sa marche fibreuse. Seul Brown-Séquard aurait vu l'othématome classique survenir à la suite d'une lésion expérimentale du cerveau. Ce fait très net ne permet pas de rejeter entièrement la théorie trophique, centrale, de l'othématome et ouvre la porte au chapitre des othématomes spontanés que nous étudierons plus loin.

Des affections atteignant en entier l'organisme pourraient prédisposer à l'othématome. Heyfelder l'a vu chez un individu souffrant d'épistaxis abondantes ; on l'a noté dans le cours de la fièvre typhoïde hémorrhagique. De Clérambault recommande de le rechercher au cours de l'hémophilie, des fièvres éruptives à tendance hémorrhagique, du scorbut. Il n'en connaît d'ailleurs pas d'exemple. M. Courtade insiste sur la recherche dans les urines du sucre et de l'albumine surtout.

En effet, M. Courtade a publié dans les *Annales des maladies de l'oreille*, en 1894, deux cas d'apoplexie des polypes

de l'oreille très curieux, où l'on vit brusquement, sous une influence minime et même sans cause apparente survenir un état apoplectique du polype de l'oreille qui revêtit un aspect splénique, noirâtre. La seule cause que l'on put trouver dans les deux cas, à ces ruptures vasculaires, fut une petite quantité d'albumine dans l'urine. Ces observations montrent la grande délicatesse des vaisseaux et surtout des vaisseaux néoformés au cours de l'albuminurie, et pourraient peut-être expliquer la facilité avec laquelle se produiraient des othématomes chez les albuminuriques.

Quant à l'alcoolisme incriminé dans un cas par Oliver, dans un autre par Duplay, sa fréquence trop grande, sa banalité en font un élément dont on ne peut tenir compte : quel est le malade hospitalier qui n'est pas alcoolique, à un degré quelconque ? De même la tuberculose, la syphilis, la leucocythémie, l'anémie (!) devraient être recherchées.

Sans doute ! Mais qu'en résultera-t-il ? et quel lien veut-on établir entre un othématome et une anémie simple ? C'est vouloir à toute force mettre l'othématome sous la dépendance de causes générales quelles qu'elles soient, et en vertu d'une idée préconçue. Parmi ces diathèses il y en a néanmoins quelques-unes dont le rapport évident avec l'hématome du pavillon s'impose : ainsi les affections à tendance hémorrhagipare, l'hémophilie, l'albuminurie. Elles nous paraissent devoir suffire à prédisposer à la lésion de l'oreille sans devoir encore incriminer l'éternel alcoolisme, et l'éternelle tuberculose !

Plus vraisemblable, d'une étiologie plus simple et plus vraie le traumatisme, banal, parfois ignoré, souvent nié,

nous paraît devoir être mis particulièrement en vedette. C'est surtout dans ces dernières années que l'on tend à lui donner de plus en plus d'importance. Et si nous doutions de la simple possibilité de cette cause déterminante pour produire l'othématome, nous n'aurions qu'à parcourir les études des auteurs qui tous l'ont signalé chez les lutteurs sains de corps et d'esprit, sans toutefois y attacher peut-être l'importance que comporte ce point dans l'étiologie de l'othématome.

Démontrer que cette lésion peut survenir chez un individu sain par un simple traumatisme, à condition que ce traumatisme se soit effectué sous une certaine forme, n'est-ce pas dans la question de son étiologie chez les aliénés donner indirectement un appui considérable à la théorie traumatique. Mais, nous le répétons, il faut que la violence extérieure ait été d'une certaine force et d'une certaine forme.

L'observation suivante en donnera la preuve :

Obs. I. — Le nommé Léon M..., 34 ans, charretier, né à Mauriac (Cantal), est entré le 13 octobre dans le service de M. Talamon à Bichat.

Après avoir fait dans sa jeunesse un apprentissage de boulanger, il a commencé à lutter vers l'âge de 20 ans, et depuis a toujours fait la lutte jusqu'à ces dernières années. Il a passé dans la plupart des boutiques de foire et en particulier chez Marseille. C'est là qu'il a eu l'accident auquel il doit les déformations de ses oreilles. Depuis trois ou quatre ans il ne peut plus lutter. Cet homme large, vigoureux, très grand, de figure colorée, alcoolique, a commencé à tousser graduellement et présente actuellement des signes de sclérose pulmonaire avec dilatation bronchique. Son cœur a faibli et il ne peut plus faire d'exercices de force, ni même suivre un métier ma-

nuel quelconque un peu fatigant sans retomber malade. Il s'est alité au mois de juillet et est sorti au bout de peu de jours de l'hôpital parce qu'on l'avait mis au lait.

Il y est revenu le 13 octobre de nouveau en état d'asystolie.

C'est en luttant un jour avec un autre athlète qu'au cours de la lutte, s'excitant mutuellement, ils en sont venus aux mains sérieusement. Il raconte que l'autre pris de fureur, a voulu l'étrangler dans un collier de force, c'est dans ce mouvement qu'il a eu les oreilles froissées extrêmement violemment l'une par le bras, l'autre par la poitrine de son adversaire. Empêché de respirer par le collier des bras serré autour de son cou, il faillit être étranglé et l'aurait peut-être été, car quoiqu'à terre le lutteur ne le lâchait pas, si on ne s'était interposé violemment pour les séparer et empêcher un malheur. Il affirme qu'au sortir de la lutte ses deux oreilles étaient brûlantes et excessivement douloureuses à la pression, elles enflèrent rapidement et beaucoup le jour même et le lendemain. Dans les jours qui suivirent elles étaient encore chaudes, rouges, grosses et douloureuses sinon spontanément, au moins à la plus petite pression et la couleur était rouge foncé violacé. Il ne voulut pas aller se faire soigner et peu à peu les choses se calmèrent, la douleur se calma, puis cessa, les signes d'inflammation disparurent et l'évolution fibreuse s'accrut pour aboutir à ce qu'on voit aujourd'hui.

Actuellement, *l'oreille gauche* qui est la plus déformée présente dans son ensemble l'aspect d'une masse fibreuse, d'un gâteau épais de près d'un centimètre presque partout. Toute l'oreille est changée de forme, remplacée par une masse dont le contour extérieur présente la forme de l'oreille mais qui n'a plus un seul de ses replis normaux. Ceux-ci sont remplacés par des bosselures contenant des noyaux fibreux surtout marqués à la partie supérieure, l'orifice du conduit auditif externe est rétréci et le tragus rapproché de l'antitragus, une sorte de fente les sépare seule ; *l'oreille droite* est augmentée d'épaisseur dans son ensemble, l'hélix est respecté, il existe une masse d'une épaisseur d'un demi-centimètre remplissant la fossette triangulaire et descendant jusqu'au tragus, l'antitragus est

également fibreux et contient des noyaux. Le lobe de l'oreille est normal.

Sakaki a publié à Tokio en 1899, dans un ouvrage paru en allemand, une trentaine d'observations d'othématomes de lutteurs pris avec le plus grand soin, et il nous donne sur la lutte au Japon et les circonstances dans lesquelles se produit cette affection là-bas des renseignements très importants et particuliers. « Le lutteur japonais ou Sumotori est un homme naturellement fort et vigoureux, qui développe sa force en entrant comme élève chez un maître lutteur. Il y en a 4 à Tokio et chaque professeur a environ 40 élèves lutteurs. Ils parcourent de temps à autre le pays par groupes de lutteurs pour donner des représentations dans les villes importantes. Ils viennent tous ensemble une fois par an à Tokio pour faire un concours de lutttes et confronter les écoles. Il est alors donné des représentations pendant 10 jours aux environs du temple Ekoïn près du pont Riogoku. » C'est là que Sakaki eut l'occasion d'examiner ces soixante-douze lutteurs et qu'il en nota une quarantaine atteints de déformation auriculaire. Il précise la façon dont se font les prises de lutttes, causes de la lésion. « Parmi les 48 prises possibles des lutteurs, il n'y en a guère que deux à retenir à cause de leur action sur l'oreille. L'une s'appelle *Sashite* et l'autre *Harite*. Pour la première prise, on distingue le *Migisashi* et le *Hidarisashi* suivant que la prise se fait avec le bras droit ou le bras gauche. Quand par exemple, un lutteur applique le côté droit de sa figure au corps de l'adversaire et avec son bras droit enlace le corps de cet adversaire, on parle de *Migisashi* (sashi droit), dans

le cas contraire de Hidarisashi (sashi gauche). Ici, l'oreille de ce côté se trouve ainsi soumise à une action violente du fait de la pression et du frottement, de sorte que des écrasements et des épanchements de sang peuvent se produire facilement. Une autre prise peu employée est le Harite, qui est une sorte de gifle. Mais ceci est généralement méprisé et un lutteur honnête ne doit pas l'employer. Ce choc direct sur l'oreille pourrait également contribuer à une déformation. »

Sur 29 lutteurs, il en a trouvé 11 atteints au cours d'un Sashi droit, 8 d'un Sashi gauche et 9 d'un Sashi incertain. Il en conclut que c'est à cause de la prédominance du nombre des droitiers sur les gauchers que l'on trouve employé plus souvent le Sashi droit. Néanmoins la prise gauche est également employée. Et ceci est à rapprocher du fait contraire observé chez les aliénés où l'oreille gauche est plus souvent atteinte.

Dans le collier de force qui est la prise la plus dangereuse pour l'oreille dans la lutte de nos pays, la position n'est pas exactement la même, la tête du lutteur est placée sous le bras de l'adversaire et est serrée entre le bras et la poitrine. L'adversaire, de l'autre main, va chercher la première et serre fortement. Il imprime de plus à son bras-collier un mouvement de va et vient. L'athlète dont nous avons publié l'observation préfère la prise gauche où la tête de l'adversaire repose contre la partie gauche de sa poitrine, son bras gauche faisant collier. D'autres préfèrent la prise droite.

Une des observations publiées par Sakaki est particulièrement intéressante : « Le 27 décembre dernier, en travaillant la lutte, il fut saisi par son adversaire plus fort et plus vi-

goureux que lui et solidement enlacé, il en vint à frotter fortement son oreille droite à la figure de l'adversaire, il ressentit à l'oreille une vive douleur qui diminua ensuite peu à peu. Deux jours seulement après il ressentit une douleur sourde, une sensation de chaleur et vit se développer à la partie supérieure de l'anthélix une grosseur tendue de la largeur du doigt. Quand je le vis (c'était le lendemain) je vis une tumeur des dimensions d'un œuf de pigeon, violacée dans la partie supérieure et antérieure de l'anthélix et aussi dans la fosse triangulaire entre la croix de l'anthélix supérieure et l'inférieure. A la palpation, la tumeur ne présentait pas de fluctuation et était très douloureuse à la pression. Il se plaint aussi comme hier de douleur sourde, de brûlures et d'une sensation très pénible. Il ne s'en préoccupait d'ailleurs pas et disait ceci : Dans notre corporation, on trouve si souvent cette tumeur de l'oreille que l'on ne tient pas compte de cela qu'un lutteur a dans sa vie l'occasion d'en souffrir une fois. Après avoir vidé environ un gramme de liquide, la tumeur s'aplatit et devient toute molle. Quand on laisse le contenu de cette tumeur déposer dans un verre, elle se coagule en quelques instants ; elle présentait une couleur rouge foncé et un aspect de sang.

« Microscopiquement on y trouve des globules rouges et des globules blancs du sang presque dans la même proportion que dans le sang normal. Toute l'oreille présente une température plus élevée et une rougeur plus grande que l'autre oreille. »

M. le professeur Valentin a étudié récemment l'othématome chez les lutteurs suisses montagnards. Dans cette variété de lutte nommée Schwingen, les assaillants cher-

chent à se renverser à terre comme dans la lutte ordinaire française ou anglaise. Ici encore, il y a une prise autorisée nommée *Stechen* en patois suisse, dans laquelle il est permis de saisir la tête de son adversaire et de la serrer fortement contre sa poitrine à l'aide de son bras. Ici aussi, comme au Japon, la prise se fait surtout à droite et c'est l'oreille droite qui est le plus souvent atteinte. Les 14 observations que possède M. Valentin ont toutes trait à des othématomes droits. Les lutteurs ne tiennent pas à être soignés de leur othématome ; ils refusent même le massage et certains se montrent très fiers de leur déformation.

De ces observations et des renseignements fournis par les sujets lutteurs, on peut tirer plusieurs enseignements. Un des plus importants consiste dans ce fait que le choc direct produit rarement l'othématome. Quoi qu'en pense Sakaki, nous ne supposons pas que la gifle, le *Harite*, puisse suffire à déterminer la lésion, il faut un frottement rude, une sorte d'écrasement de l'oreille broyée entre deux surfaces dures dont l'une est la boîte crânienne et dont l'autre est le thorax de l'adversaire. Peut-être la gifle peut elle suffire à donner l'othématome chez des sujets prédisposés, nous n'en avons pas trouvé d'exemple net cité chez les différents auteurs. Par contre, nous connaissons un cas inédit, où une gifle fortement appliquée sur l'oreille au cours de la lutte a déterminé une perforation de tympan. Mais il n'y eut dans ce cas aucune lésion du pavillon. Néanmoins Mallet cite le cas d'écoliers à qui leurs maîtres ont tiré trop fortement les oreilles et qu'il a trouvé porteurs d'othématomes. De même Sanden et Mabilie en ont vu chez des enfants malingres maltraités par leurs parents. Mais le mécanisme n'en a pas été discuté.

Dans la nouvelle méthode de lutte nommé Jiu-Jitsu, qui n'est d'ailleurs qu'une méthode très ancienne remise actuellement en vogue, la prise derrière l'oreille est permise. Dans cette prise, le lutteur placé derrière son adversaire appuie les paumes des mains sur les côtés de son visage et refoule avec les pouces les oreilles en avant ; il en résulte une douleur très vive due au tiraillement des ligaments et des cartilages et pouvant aller jusqu'à des déchirures et des décollements. Les résultats ne peuvent encore être connus à cause de la nouveauté de ces méthodes, mais, ici encore, il peut y avoir des lésions certaines et des othématomes possibles.

Chez les boxeurs, l'othématome est plus rare. Différents maîtres de boxe consultés ont affirmé ne pas se souvenir avoir vu pareille déformation. Et ceci se comprend puisque dans la boxe, il y a plutôt coup, choc direct, que froissement et écrasement.

Dans le foot-ball on devrait le voir assez fréquemment, mais nous n'avons pas de statistique permettant de s'en assurer. Nous avons vu un champion connu de lutte au foot-ball qui est porteur d'un othématome et nous a fourni de précieux renseignements sur la façon dont se produit cette lésion déjà étudiée par Southam. Voici comment peuvent se passer les choses : Avant de jeter de nouveau le ballon, les camps adverses se placent 8 d'un côté, 8 de l'autre. Ils sont de chaque côté 3 en avant, puis 2, puis 3, tous courbés, de telle sorte que dans un même camp ils s'enlacent et s'imbriquent ; les 2 qui sont au deuxième rang ayant leur tête baissée placée entre les cuisses rapprochées des 3 du premier rang qui se serrent fortement l'un contre

l'autre. Les têtes de ceux du deuxième rang sont ainsi très fortement pressées entre les cuisses de ceux du premier rang. Ces 8 individus ainsi enlacés et poussant dans le même sens sont opposés aux 8 du camp adverse qui s'appuyant à eux fortement en sens inverse (tête contre épaule) poussent dans l'autre sens ; tandis que le ballon entr'eux se dispute avec les pieds. C'est ce qu'on nomme la mêlée, et en Angleterre ce qui se nomme le peloton serré. On conçoit qu'il puisse y avoir facilement ici des frottements graves et même des déchirures amenant un othématome.

Une autre position dans laquelle l'othématome se peut déclarer facilement est le Dribbling. Dans ce cas l'un des joueurs se précipite sur le ballon, se couche par terre sur lui, le serrant fortement avec ses bras entre la terre et sa poitrine. Les autres joueurs cherchant à le faire évoluer, donnent des coups de pied dans le ballon même. Mais ils peuvent facilement donner leur coup de pied à côté et frapper une des parties du corps du joueur couché et en particulier l'oreille. Ces explications nous permettront de mieux comprendre comment survint l'othématome du sujet que nous avons vu.

Obs. II. — X..., âgé de 28 à 30 ans, joueur de foot-ball connu et remarquable, était allé jouer dans un championnat à Bordeaux. Dans un dribbling, il était couché par terre sur le ballon quand il reçut dans l'oreille gauche un coup violent destiné au ballon qu'il tenait étroitement serré. Il ne fut pas étourdi sur le coup et au cours de la lutte engagée, il ne pensa pas à la douleur assez vive ressentie et continua à jouer. A la fin de la bataille il s'aperçut d'une sensation de cuisson légère et d'autre part son oreille avait un peu grossi et était un peu rouge. Il n'y attacha pas d'importance et rejoua 2 jours après au foot-ball. Il eut alors dans une mêlée l'oreille frottée et

serrée contre les jambes et les hanches de ses partenaires, et deux heures après à la sortie du jeu, son oreille avait, dit-il, « absolument l'aspect d'une pomme de terre soufflée », elle était gonflée, énorme, tendue et rouge. Il ne se soigna pas. Les jours suivants les symptômes diminuèrent et s'atténuèrent un peu. Mais il recommença à jouer de nouveau et chaque fois qu'il jouait le moindre frottement déterminait chez lui une poussée nouvelle de gonflement et de rougeur. Il l'avait surnommée « mon oreille en accordéon », à cause de ses alternatives de dilatation et de retour sur elle-même. Actuellement, à l'oreille gauche une tumeur fibreuse à grand axe vertical long de 3 centimètres environ, large de 2 centimètres remplit la fossette triangulaire et la place de l'hélix et de l'anthélix. Cette petite tumeur rougit facilement quand on la palpe. Elle va en diminuant peu à peu avec du massage fait régulièrement.

X...est d'une excellente santé, ne présente aucun trouble général et tous ses appareils sont parfaitement sains. Un seul point assez intéressant est à noter, c'est que X... fait très facilement des ecchymoses, au moindre choc apparaissent chez lui des ecchymoses étendues. A la suite d'un coup de pied reçu au bras, il eut une ecchymose allant de l'épaule aux phalanges. Il n'est d'ailleurs pas hémophile et ne saigne pas facilement et abondamment à la moindre coupure. Il eut à plusieurs reprises des taches purpuriques sur le corps.

Ajoutons enfin que Southam a fait très justement remarquer, que c'est précisément dans un moment où la tête est congestionnée parce qu'elle est baissée que surviennent les frottements causes de la lésion : aussi les vaisseaux doivent-ils céder plus facilement à ce moment. Cet accident doit même être assez fréquent, car il existe une sorte de bonnet qui se vend aux foot-balleurs et qui présente des rabats venant se nouer sous le cou et destiné à enfermer les oreilles sous un tissu protecteur.

Claverie affirme que les porteurs de la Halle dont les far-

deux par leurs extrémités peuvent souvent froisser les oreilles, et aussi les sergents de ville sont particulièrement exposés à l'othématome. Folet cite le cas d'un homme de peine atteint d'un othématome double dû au frottement des membres d'animaux tués qu'il portait chaque jour sur ses épaules, leurs jambes pendant en avant.

Ainsi donc partout, dans toutes les professions, c'est à la suite de ces froissements, de ces écrasements rudes que surviennent des othématomes. Bien plus, des animaux eux-mêmes en ont été trouvés porteurs : chez le chien, les tumeurs sanguines de l'oreille portent le nom d'*araignées* et Castelain admet qu'elles sont dues vraisemblablement à des chocs répétés de l'oreille contre la tête de l'animal ou contre son collier durant la marche. C'est en effet chez les chiens à oreilles pendantes qu'on les voit le plus souvent. Néanmoins nous en avons vu un beau cas chez un fox-terrier qui à la suite d'un écrasement par une voiture en présentait un beau type.

On voit l'importance que prend la cause traumatique dans la production de l'othématome, rejetant au second plan tout l'ensemble de ces causes prédisposantes générales si vantées. Il est à regretter que les auteurs qui ont pris des observations des lutteurs porteurs de cette lésion n'aient pas fait un examen général complet du malade et n'aient pas entr'autres recherché l'albumine dans les urines. Néanmoins la proportion énorme de lutteurs japonais à oreilles lésées trouvée par Sakaki, alors que ceux-ci ne présentaient aucun trouble de la santé générale ayant attiré l'attention, cette proportion, disons-nous, tend à prouver que c'est bien chez des gens sains et sans cause morbide générale que peut se développer l'othématome.

Il nous reste à voir le dernier chapitre de l'étude étiologique de l'othématome qui n'est pas le moins embarrassant, et c'est pour ces cas difficiles à interpréter que les auteurs ont tendance à invoquer une diathèse ou une maladie générale comme cause prédisposante ou même déterminante. Il s'agit des hématomes spontanés.

Sans doute, dans quelques-uns de ceux que l'on veut ranger dans cette classe on peut encore trouver à l'origine un léger traumatisme. Ainsi un homme de 25 ans, vigoureux, portant un fardeau sent, sous l'influence d'un effort une vive douleur à l'oreille gauche et peu de temps après, un othématome se déclare (Hoffmann, in Mabilie). Mais ce malade n'avait-il pas déjà antérieurement porté des fardeaux analogues ? et nous connaissons l'action incessante et efficace de ces petits traumas répétés.

Guéniot, Le Dentu ont parlé de l'exposition au froid précédant la tumeur. Politzer a vu un malade porteur de la lésion du pavillon, chez qui elle s'était développée à la suite d'un contact prolongé avec une vitre froide. Biehl apporte une observation d'un soldat autrichien où le froid est invoqué comme commémoratif unique, mais des violences extérieures peuvent être soupçonnées ici.

Voici une observation inédite qui nous fut communiquée par M. Vézard :

Obs. III.— Il s'agit d'un réserviste de 28 ans, faisant une période de 28 jours. Il arriva au régiment avec un othématome qui passa inaperçu pendant deux jours, le 3^e jour étant venu à la visite médicale pour un malaise insignifiant, on s'aperçut qu'il était porteur d'un othématome récent qui pouvait dater de 5 à 6 jours. Toute la partie supérieure entre l'hélix et l'anthélix était remplie par une tumeur

de la grosseur d'une noix, sans rougeur, un peu sensible à la pression, mais pas douloureuse à proprement parler. Aucune trace d'ecchymose voisine. Le malade ne présentait aucun signe d'affection cérébrale, ni de lésion mentale ; n'a pas eu de maladie antérieure digne d'être notée, nie absolument avoir jamais eu la syphilis, il ne présente d'ailleurs aucun stigmate pouvant permettre de la déceler, il n'est pas tuberculeux, ses poumons et son cœur sont normaux, l'examen des urines ne montre ni sucre, ni albumine.

L'examen étiologique fut fait en conscience : le sujet raconta s'être aperçu un matin « qu'il avait ça, cette petite boule ». L'othématome était survenu sans douleur, sans rougeur, sans chaleur. IL NIE ABSOLUMENT AVOIR REÇU UN COUP QUELCONQUE SUR L'OREILLE. Interrogé pour savoir s'il s'était enivré avec des camarades avant de venir au régiment il le nie formellement. C'est d'ailleurs un garçon sérieux, pas batailleur, marié et qui ne présente aucun signe d'alcoolisme. Au régiment il ne buvait presque pas, d'ailleurs d'une bonne santé, assez grand et vigoureux, le teint moyennement coloré.

Il resta 20 jours environ à l'Infirmierie, et durant le temps qu'il y passa il parut que son othématome diminuait un peu, mais pas d'une façon très manifeste. Il sortit alors, pour retourner dans ses foyers et l'on ne put suivre l'observation plus loin.

Les cas de ce genre sont évidemment très troublants et nous sommes forcé d'avouer notre impuissance pour les expliquer au point de vue étiologique. Il n'y a sans aucun doute pas lieu d'accuser d'imposture le sujet dont la conduite sérieuse ne pouvait qu'inspirer confiance sur ses dires. Un cas analogue est apporté par M. Joncheray.

Obs. IV. — M. B..., 27 ans, venu le 21 juin 1899, valet de chambre. Aucun antécédent nerveux héréditaire ou personnel. Scarlatine dans l'enfance, pleurésie à 20 ans, étant soldat. Vient pour un coup de sang (?) survenu il y a 15 jours le soir subitement, sans cause. Deux jours après, voit son médecin qui ponctionne à la lancette : il

sort du sang. Pansement compressif enlevé au bout de 48 heures. Une récédive se produisit.

A l'examen, aucune tare, pas même le lobule adhérent, réflexes normaux, intelligent ; ni gros, ni coloré, mais vigoureux et musclé. Bon cycliste et bon cavalier. Longuement questionné, *confirme n'avoir reçu aucun coup, pas même fait un effort le soir de l'apparition de l'othématome.*

En haut du pavillon gauche, tumeur ovale comblant la fosse naviculaire et proéminent de plus de un centimètre. Sessile, bleu ardoise, se détachant nettement sur le reste du pavillon, régulièrement arrondie, longue d'un centimètre et demi dans son grand axe, indolore, rénitente, ne fait pas saillie du côté temporal.

M. Joncheray incisa la poche au bistouri, la curetta, et, après avoir bourré tout le pavillon de l'oreille de gaze, fit un pansement compressif et appliqua le tout fortement contre la tête à l'aide d'une bande de Velpeau. Au bout de 10 jours tout était guéri et 6 mois après, il n'y avait plus trace de la lésion, et à l'examen M. Joncheray se trompa d'oreille.

Des cas plus frappants encore d'othématomes spontanés peuvent se voir, c'est lorsqu'un deuxième othématome survient sans cause chez un individu qu'une première tumeur a rendu attentif à toutes les circonstances capables d'affecter ses oreilles. Meyer, Hutchinson ont cité des cas d'othématome bilatéral d'origine spontanée qui doivent être rapprochés des hématomes doubles rencontrés chez les aliénés.

Chez ces malades où l'enquête étiologique ne révèle rien à l'origine de l'othématome, il ne faut pas se décourager et rechercher avec le plus grand soin s'il ne peut y avoir un soupçon de rixe possible. Combien de fois les malades ont-ils intérêt à le cacher, alors surtout qu'ils étaient en état d'ivresse. Parfois ils ne s'en souviennent plus. Nous ne sau-

rions trop insister sur ce point. Enfin, on passera en revue tous les organes du sujet pour s'assurer qu'il n'y a aucune lésion du poumon, du cœur, du foie, des reins surtout, pouvant être à l'origine d'une friabilité spéciale des vaisseaux. Chez le malade de Joncheray, l'observation ne nous renseigne pas sur ce point spécial de l'examen des urines au point de vue de la recherche de l'albumine. Et l'on verra qu'en procédant ainsi, le nombre des cas d'othématomes spontanés, c'est-à-dire, en somme, dont la cause reste ignorée, ira toujours en diminuant, et nous croyons qu'augmentera toujours le nombre de ceux que l'on pourra ranger dans les othématomes dits traumatiques.

TRAITEMENT

Nous ne dirons qu'un mot du traitement, encore discuté, les applications sont à peu près unanimement rejetées, le massage a donné des succès, pratiqué par les mains du Dr Meyer de Copenhague.

La compression pourrait servir combinée avec le massage, on la recommande surtout après l'opération.

La ponction, les injections médicamenteuses sont généralement rejetées par les opérateurs qui préfèrent l'incision au bistouri. Dans ce cas, on vide la poche, on lave, on draine et l'on applique un pansement compressif. Certains auteurs font un curettage avant de panser. Nous avons vu que le malade de M. Joncheray avait guéri par cette méthode.

D'autres auteurs, dont beaucoup de médecins, sont d'avis de ne pas toucher à l'othématome qui laisse après une opération, comme sans opération, une rétraction cicatricielle presque certaine. Ils objectent que certains cas peuvent guérir spontanément et totalement, et que, d'autre part, chez les aliénés cachectiques il n'est pas nécessaire d'opérer.

Il est difficile actuellement de se faire une opinion sur ce sujet, car l'intervention, d'un côté a donné de beaux succès, l'abstention opératoire d'un autre, aidé de la compression et du massage a pu également guérir cette petite, mais désagréable affection qu'est l'othématome.

CONCLUSIONS

I. — Une enquête étiologique sur l'othématome est extrêmement difficile à mener à cause de la dissimulation du malade et de son entourage, qui ont intérêt à cacher les traumatismes, et à cause des recherches causales, insuffisantes des observations publiées par les auteurs.

II. — Une oreille naturellement dure, attachée par des ligaments solides a plus de chances d'être lésée au cours d'une rixe, qu'une oreille souple et élastique. La vraie cause locale prédisposant à l'othématome est constituée par les chocs, et *froissements répétés* déterminant de petites lésions préparant l'hématome. Virchow a montré que ces petites lésions primitives étaient constituées par des décollements du cartilage et du périchondre, et des éléments cartilagineux entr'eux.

III. — Certaines *maladies atteignant la santé générale* peuvent commander une friabilité spéciale des vaisseaux prédisposant à l'hématome.

a) On a incriminé avant tout l'*aliénation mentale* au cours de laquelle l'othématome ne serait qu'un trouble trophique local, et on cite ce fait que l'othématome est toujours plus fréquent dans certaines formes de lésions cérébrales, telles que la paralysie générale, qui ne sont pas les formes où les malades sont les plus agités, mais bien celles où les phénomènes trophiques sont les plus marqués. On peut répon-

dre ici que l'on manque de statistiques précises. Brown-Séquard a obtenu des othématomes chez le cobaye à la suite de certaines lésions expérimentales du cerveau.

D'autre part, la plus grande fréquence de l'othématome chez les hommes, à gauche, et lorsqu'on surveille davantage le personnel infirmier, tend à renforcer la théorie traumatique de l'origine de cette lésion.

On ne peut donc pas conclure actuellement d'une façon précise. Il y a beaucoup de vraisemblance pour que chez un paralytique général un choc soit toujours à l'origine de l'othématome, mais un coup plus grave déterminerait plus facilement un othématome que chez un sujet sain.

b) Certaines maladies générales y prédisposeraient tout spécialement : les fièvres hémorrhagiques, le scorbut, l'hémophilie, le diabète, l'albuminurie. Il en existe d'ailleurs peu de cas signalés. Quant à la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, nous ne voyons pas le rapport direct que l'on peut établir entr'elles et un othématome.

IV. — L'othématome traumatique est moins rare qu'on ne le suppose chez les sujets absolument sains.

C'est surtout au cours de *la lutte* que les athlètes y sont exposés particulièrement. On en voit dans nos pays, le professeur Valentin en a signalé en Suisse, et M. Sakaki au Japon. C'est toujours dans les prises de lutttes qui provoquent des froissements d'oreilles beaucoup plutôt que des coups directs qu'on le voit survenir. Et la preuve en est que dans la boxe, cette lésion est rare, et fréquente au contraire dans le *foot-ball* où les frottements des parties latérales de la tête sont très rudes et très marqués. Même chez le chien on peut voir survenir ces *araignées* à l'oreille qui

ne sont qu'un othématome dû aux frottements et heurts répétés.

V. — Il reste une dernière classe d'othématomes, dans laquelle nous rangeons ceux dont nous n'avons pu découvrir la cause: les *othématomes spontanés*. Il paraît vraisemblable qu'à mesure qu'on étudiera davantage cette affection, et qu'on en connaîtra mieux les causes, la longueur de ce dernier chapitre étiologique ira en diminuant pour disparaître finalement tout à fait.

Vu :
Le Président de la Thèse,
F. GUYON.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

Gravure extraite de *Mittheilungen aus der medicinischen Facültät der Kaiserlich-Japanischen Universität zu Tokio*. Band IV, n° VI, 1899.

A côté des deux lutteurs A et B, se tient le juge C tenant un éventail dans la main droite. En B, on voit la prise du Sashi gauche. Son bras gauche saisit la ceinture de son adversaire qu'il embrasse et il applique le côté gauche de sa figure contre le côté gauche de la poitrine de l'adversaire. Son oreille gauche fortement pressée est exposée à des froissements.

Roger HORTELOUP



G. STEINHEIL, ÉDITEUR.

BIBLIOGRAPHIE

- Alt.** — *De hematoma auriculæ*, Dissert. Inaug. Halle, 1849.
- Barbier.** — Deux cas d'hématome du conduit auditif externe chez les enfants, *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*. Paris, 1894, II, 308-310.
- Bastien.** — Thèse Paris, 1858.
- Belhomme.** — *Gazette des Hôpitaux*, août 1842.
- Biehl.** — *Archiv für Ohrenheilkunde*. Leipzig, 1897, XLIII, 245-250.
- Bird.** — *Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, von GRAEFE und WALTHER, t. XIX, p. 631. Berlin, 1833.
- Bouchard.** — *Pathologie des hémorrhagies*, 1869.
- Brown-Séguard.** — Communication à l'Académie de médecine, mars 1869.
- Buck.** — *Manuel of diseases of the ear*, 1889.
- Burnett.** — *The ear, its anatomy, physiology and diseases*. Philadelphia, 1877, p. 250.
- Burnett.** — *System of diseases of the ears, nose and throat*, 1893.
- Campbell (J. A.).** — *British medical Journal*. January, 5, 1889.
- Carter.** — A Case of double hoematoma auris. *American Journal of Insanity*. Chicago, 1897, LIII, 560.
- Castelain.** — Hématome du pavillon de l'oreille. *Bulletin médical du Nord de la France*, janv.-février 1870.
- Chavasse.** — Tumeur fibreuse du pavillon de l'oreille. *Revue hebdomadaire de laryngologie*. Bordeaux, 1902.
- Chauveau.** — Fibro-chondrome du lobule de l'oreille. *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*. Paris, 1901, XXVII, 150-151.
- Claverie.** — Hématome du pavillon de l'oreille. Thèse Paris, 1870.
- Clérambault (G. de).** — Contribution à l'étude de l'othématome, Thèse Paris, 1900.
- Cossy.** — *Archives générales de médecine*, novembre 1842, 3^e série, t. XV, p. 290.
- Courtade.** — De l'othématome, *Journal des Praticiens*. Paris, 1900, XVI, 88-89.

- Dalby.** — *Diseases of the ear*, 1893.
- Dench.** — *Diseases of the ear*, 1894.
- Dumesnil.** — *Annales médico-psychologiques*, 1869, 3^e série, t. VI, p. 216.
- Eager.** — *British medical Journal*, 23 mars 1889.
- Frankel.** — Reports of Frankel experiments. *Archiv of otology*, vol. XIII.
- Folet.** — *Bulletin médical du Nord de la France*, janvier 1870.
- Foville.** — Recherches sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille. *Gazette hebdomadaire*, 1859.
- Fischenisch.** — Ueber Othaematom und die primäre Perichondritis der Nasencheidewand. *Archiv für Laryngologie*, t. II.
- Ganter.** — Vom Othaematom und seiner Entstehung. *Irrenfreund Heilbronn*, 1897, XXXIX, p. 71-84.
- Grove.** — Haematoma auris. *Buffalo medical and surgical Journal*, Novembre 1890.
- Gudden et Will.** — Ueber Othaematom. *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXXI, 1864, p. 230.
- Hang.** — *Archiv für Ohrenheilkunde*. Leipzig, 1897, XLIII, 10-16.
- Hield.** — *Diseases of the ear*, 1893.
- Hovell.** — *Diseases of the ear and naso-pharynx*, 1894.
- Hun.** — *American Journal of Insanity*. July 1870, t. XXVII.
- Hutchinson.** — *Medical Times and Gazette*, 1862, March, p. 209.
- Joncheray.** — De l'othématome. — Cas d'hématome spontané du pavillon avec guérison radicale. XIII^e Congrès international de Médecine. Section d'otologie, 1900. Paris, 1901. Compte rendu, p. 161-168.
- Joire.** — *Gazette des Hôpitaux*, 1868.
- Jomkins.** — *British medical Journal*. January 26, 1889.
- Kühn.** — Thèse Strasbourg, 1864.
- Laborde et Gellé.** — *Société de Biologie*, 1877-1878.
- Laurens.** — *Chirurgie oto-rhino-laryngologique* (Tome XII du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction de MM. P. BERGER et H. HARTMANN, p. 55. Paris, G. Steinheil, éd.).
- Laycock.** — *Medical Times and Gazette*, 1862, December, p. 603.
- Mabille.** — *De l'hématome de l'oreille*. Thèse Nancy, 1878.
- Mac-Bride.** — *Diseases of the throat, nose and ear*, 1894.
- Mac-Cassy.** — Haematoma auris. *Ann. ophth. and ot.* Saint-Louis, 1896, V, 616-618.
- Marcé.** — *Traité des maladies mentales*, 1862.
- Merland.** — *Tumeurs du pavillon de l'oreille chez les aliénés*. Thèse Paris, 1853.

- Meyer.** — Pathologische Gewebsveränderungen des Ohrknorpels und deren Beziehungen zur Ohrblutgeschwulst. *Virchow's Archiv*, 1865, Band, XXXIII, p. 457.
- Meyer (Wilhelm),** De Copenhague. — Zur Behandlung der Ohrblutgeschwulst. *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. XVI, 1880. — Voir aussi dans les volumes II, III et V de ces articles, V cas d'othématomes chez des individus sains d'esprit.
- Oliver.** — A case of double Haematoma auris. *British medical Journal*. London, 1897, 1.81.
- Parant.** — *L'union médicale*, 27 août 1891.
- Parreidt.** — *De chondromalacia, praecipua causa Othaematomatis*, Dissert. de Halle, 1864.
- Picqué.** — Rapport à la Société de Chirurgie sur des cas de fibrome récidivants d'origine traumatique. *Société de Chirurgie*, 3 juin 1896.
- Politzer.** — *Diseases of the ear*. Edited by Dalby, 1894.
- Randall.** — Doppelseitiges Hematoma der Lobulus. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*. Wiesbaden, 1893, t. XXVII, p. 23.
- Robertson.** — On morbid changes in the ear cartilages, with special reference to the pathology of hematoma auris. *Edinburgh hospital reports*, 1896, IV, 407-422, 1 planche.
- Sexton.** — *New York medical Record*. April 18, 1896.
- Singer.** — Eine Geschwulst an der linken Ohrmuschel. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*. Berlin, XXXII, p. 546-549.
- Société anatomique* (Bulletins). — Novembre 1868 (D^{rs} GUÉNIOT et LE DENTU).
- Société de Biologie* (Comptes rendus). — 17 octobre 1868 (MAGNAN, BROCA, LABORDE).
- Southam.** — *British medical Journal*, 8 décembre 1868.
- Troltsch.** — *Maladies de l'oreille*, 1868.
- Toynbee.** — *Diseases of the ear*, 1860.
- Valentin.** — *Semaine médicale*, 26 juillet 1905.
- Virchow.** — *Die Krankhafte Geschwülste*, t. I, 1863.
- Webster.** — Othematoma. With report of a case. *Boston medical and surgical Journal*, 1896, CXXXV, 358-360.
- Welsch.** — On the relation of micro-organismus to hematoma auris, *Edinburgh hospital reports*, 1896, 423-428.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	3
Définition.	5
Historique	7
Symptômes.	13
Siège de l'othématome	15
Anatomie pathologique.	18
Etiologie	21
Traitement	48
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE.	53
